

第5回救急業務高度化推進検討会議事録

- I 日 時 平成21年2月5日(木) 14時00分～16時00分
- II 場 所 三田共用会議所 第3特別会議室
- III 出席者 石井委員、福浦氏(川手委員代理)、金田氏(小出委員代理)、坂本委員、中川委員、野口委員、樋口委員、平島委員、前田委員、南委員、染谷氏(山口委員代理) 山本委員、米村委員
横田氏(メディカルコントロール作業部会代表)
有賀氏(消防機関と医療機関の連携に関する作業部会代表)

IV 次 第

- 1 開会
- 2 報告事項 第4回救急業務高度化推進検討会議事録
- 3 議題
 - (1) 救急業務高度化関連事項
 - (2) トリアージ作業部会からの報告事項
 - (3) その他
- 4 閉会

V 会議経過

- 事務局 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第5回救急業務高度化推進検討会を開催いたします。
- 座 長 議事進行を座長にお願いしたいと思います。よろしくお願い申し上げます。
- 事務局 それでは、資料の確認をさせていただきます。お手元の資料をごらんいただきたいと思います。
- 座 長 ありがとうございます。それでは、早速でございますので議事に入っていきたいと思います。まず、事務局から資料の確認をお願いしたいと思います。
- 事務局 それでは、資料の確認をさせていただきます。お手元の資料をごらんいただきたいと思います。
- 座 長 まず、本日の議事次第でございます。裏面に本日の名簿も添付されております。これが1枚物でございます。次に本日の席次表でございます。次に資料1でございます。表紙が1枚ありまして、資料編が22ページとなっております。続きまして、資料2でございます。表紙1枚に3ページからなっております。続きまして、資料3でございます。表紙1枚に10ページからなっております。次に添付資料でございます。第4回の議事録といたしまして、31ページからなっております。

ます。次に、資料番号を打っておりませんが、公立病院に関する財政措置の改正要綱ということでございまして、表紙1枚にポイントが1枚、それから、要綱が4ページという形になっております。

それと、お手元に参考資料といたしまして報道資料とありまして、心肺機能停止傷病者の救命率の状況というものと、それから、平成20年版救急救助の現況という冊子をご用意させていただいております。もし欠落等がございましたら事務局までご指示いただきたいと思います。

以上でございます。

座 長 よろしゅうございますか。

それでは、まず事務局から説明をいただき、そして議論をスタートさせていただきたいと思います。どうぞ事務局から説明を願いたいと思います。

事務局 きょうのご審議は資料1に基づきまして行っていただきたいと思います。資料1の1ページでございますが、これは前回の第4回検討会での主な意見を事務局でまとめたものでございます。まず、搬送・受入ルールにつきまして重症度・緊急度の判断基準作成委員会報告書等で重症度・緊急度の判断であるとか、搬送の選定についての理想の姿は示されているけれども、現行体制下でこのとおりやると救命センターの負担がかかるなどなかなかできないというのが現状というふうなお話がございました。そういったことを受けまして、現場サイドとしてはスムーズに病院への収容ができるルールづくりが必要であるというふうなご意見があったかと思えます。

前回の事務局の資料で、搬送・受入ルールのイメージというのをお示いたしましたけれども、消防サイドの観点から書いたということもございまして、搬送のルールというふうな意味合いが強かったわけですが、医療機関側の受け入れのルールについてもきっちりと位置づけるということが必要なのではないかというふうなご意見があったかと思えます。

法制化、制度化についての関係のご意見ということにつきまして、3点、主なご意見をまとめております。1番目ですけれども、臓器移植の例を挙げまして法制化の意義ということで、法制化されたことによって公平性等が担保されたのではないかというふうな観点から、こういった法律的な仕組みの整備というものも必要なのではないかというふうなご意見があったかと思えます。

2番目でございますけれども、法制化を検討するに当たっても、こういった医学的コントロールができるのかという議論がベースにあるというふうなご意見があったかと思えます。

3番目でございますけれども、今、社会的に問題になっているのは搬送の問題である。搬送体制を含めたメディカルコントロール協議会についての法制化が必要なのではないかというふうなご意見があったかと思えます。

2 ページ目でございますけれども、現在のメディカルコントロール体制との関連づけにつきまして、種々ご議論があったかと思えます。これはメディカルコントロール体制、あるいは協議会が所掌する範囲が、現在やっているものとあるべき姿と両方混在したような、資料の上でも両方ありましたので、委員の方々にちょっと混乱をさせてしまったかと思えますけれども、その関係につきまして1 番目の○では先進的な地域では既に搬送も含めた、拡充された範囲まで行っているというようなご意見がありました。今回の協議会につきましても、メディカルコントロールの拡充ということで、現在のコア事業からの拡充というような説明を事務局のほうからさせていただきましたけれども、そこが逆ではないかというようなご意見があったかと思えます。

一方で、消防と医療の連携を進めるという観点から、現行のMC 協議会の拡大について議論するのは当然であるというようなご意見。4 番目でございますけれども、仮に法制化する際にも、現在、非常に有意義な活動を行っているMC 協議会の活動が保証されるような配慮が必要ではないかというようなご趣旨の意見があったかと思えます。また、MC の話というのはかなり医療の分野に踏み込んでいく部分である。そこをしっかりと位置づけを踏まえながら考える必要があるのではないかというようなご意見があったかと思えます。

その他のご意見として、搬送・受入ルールのイメージについて、当然、議論を深めるということが必要であるけれども、ドクターカーであるとか、ドクターヘリといった通常の搬送以外の搬送手段についても位置づける必要があるというようなご意見があったかと思えます。

また、2 番目ですけれども、患者からすれば、きっちりとした医療の提供が受けられるということが目的なので、そういった観点から議論を進めていただきたいというようなご意見だったかと思えます。連携につきまして、今後進めていくことは非常に重要で、いい言葉である。行く行くは福祉関係であるとか、バイスタンダーの一般市民まで含めた連携という議論が必要ではないかというようなご意見があったかと思えます。主な意見、2 ページにわたりましてまとめさせていただきました。

3 ページでございますけれども、前回の委員会後の動きがございました。そのうち2 つをご紹介します。政府といたしまして、地域医療の機能強化に関する関係閣僚会議というのが1 2 月2 6 日に第1 回の会合が開催されたということでございます。メンバーは内閣官房長官の主催のもと、総務大臣、文部科学大臣、厚生労働大臣というメンバーでございます。第1 回目は総理も出席されたということでございます。

内容は、ごく簡単に2 点ございますが、地域医療の問題は厚生労働省だけの問題ではなくて、搬送については消防庁、大学病院であるとか、医師の養成につい

でも入ると思いますけれども、文部科学省と関係省庁が連携していくことが重要であるという点と、救急搬送における搬送・受入の問題については、消防機関と医療機関が連携した協議のシステムが必要ではないかというような意見交換が交わされて、今後、こういった点について政府全体を挙げて取り組んでいくということが確認されました。

4ページでございますけれども、東京において発生しました妊婦の搬送事案を受けまして、周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会が厚生労働省のほうに設置されまして、先般、議論がまとめられたということかと思います。メディカルコントロール作業部会、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の両座長も委員としてご参加されているということでございます。一部だけ抜粋をさせていただきますが、母体搬送につきまして1ポツでございますけれども、専門家が医学的見地を十分検討した上で患者の病態に応じた搬送基準を作成するということが必要ではないか。周産期母子医療センターは上記の基準に照らした受入基準を作成し、対応可能な病態を公表するということが必要であるというようなご意見がまとめられたということでございます。

あと、下の2つのポツが当検討会にも関係があるということでございますけれども、都道府県は医療関係者、消防関係者が集まる協議会等を活用して周産期に関する救急患者受入先の選定、調整及び情報提供のあり方を検討するということ。あと、メディカルコントロール体制の確保が重要だということで、MC協議会に周産期の関係者も参加するなど連携に十分配慮するということが必要だということがまとめられております。

最後のポツでございますけれども、都道府県は救急患者の搬送及び受入基準の運用に当たって、必要に応じて重症患者に対応する医療機関を定める等、受入の迅速化、円滑化の方策を検討して実施するということが必要である。そのための支援を行うということが必要だということが報告の中で議論としてまとめられたということになるかと思います。

以上、2点、前回以降の動きについてご紹介させていただきました。

以下、5ページ以降は前回のおさらいのような形でございますけれども、平成19年におきます救急搬送における医療機関の受入状況ということで、5ページは重症以上の患者さんの受入の状況ということで、日本地図がございまして、大都市圏の照会回数で見ました場合の困難事案の比率が高いということ。

6ページが産科・周産期の傷病者について同様の分類ということで、同じような傾向が見られるということですが、大都市におきましても、これも前回、お渡しした資料ですけれども、7ページの統計は現場滞在時間が30分以上の事案が、全搬送に占める割合ということで、各都市においていろいろ数値的には事情が異なるということでございまして、一定の搬送・受入に当たってのルールづく

りが必要ではないかというようなことで議論が進められたわけでございます。

8 ページが医療機関選定困難事案の発生の背景ということで、ごく簡単な図でございますけれども、地方の状況と大都市の状況、救急需要、あるいは医療機関の体制が違うということで、特に大都市部の場合に選定のチャンスが多いゆえに搬送・受入についてのルール化が必要ではないかというようなことを示した図ということでございます。

9 ページでございますけれども、現在の消防の体制と医療の体制の行政機関としての所掌のずれということでございまして、左が消防ということで市町村、組合を含め、市町村単位で行っているということに対しまして、医療については都道府県の医療計画に基づいて医療圏ごとの整備というようなことがなされておりまして、もし搬送・受入のルールをつくるということになりますと、やはり県レベルでの調整が必要ではないかというようなことを示した図ということでございます。

10 ページが今回ご審議いただく概念の一番大事な図ということになると思いますが、従前、私ども用意した資料では左に消防があって、右に医療と書きまして、その間に真ん中に線が入っていたり、点線だったり、いろいろご議論があったかと思います。今回は、その線はなしに患者さんを主体に考えますと、傷病者の発生、①から搬送、医療機関における救急医療の提供、一連の流れの④までの中で、搬送と受入の接点の部分、真ん中にひし形がございまして、ここが円滑に行われて初めて円滑な救急搬送・受入が行われるということでございまして、この部分についてのルールの策定、実態に応じたルールの策定が必要ではないか。そのための消防・医療が連携した協議組織をしっかりと位置づける必要があるのではないかということで、太線に真ん中の分がなっております。

メディカルコントロール体制、あるいはメディカルコントロール協議会との関係については、いろいろなご意見がございましたが、あるべきといいますか、本来、メディカルコントロール、病院前救護の分野におきまして処置も搬送も含めて全体を医学的な質の保証を図っていくという考え方であるとするならば、これは全体にメディカルコントロールというのがかかっているであろうと。本来あるべきメディカルコントロールの範囲というのは、この線で全体を囲ったような部分ではないか。その中で今回、私どもとして制度化をしっかりとすることになると、この真ん中の、その中の搬送・受入のいわゆる受け渡しの接点の部分、ここについて、太線で囲った部分について位置づけを行っていくということになるかと思っております。

従前のいわゆるコア事業と言われております救急救命処置等の質の保証、これは医師の指示、指導・助言体制、プロトコール、事後検証、再教育とございますけれども、こちらについては引き続き当然行っていく必要があるということでご

ざいますけれども、今回の制度化の部分というものは真ん中の太線の部分という概念整理で整理すれば、考え方が整理されるのではないかとということで図にしたものでございます。

これをもとに真ん中の太線の部分につきまして、11ページにございます消防・医療連携による協議会、こういった協議組織をしっかりと各都道府県に設置するということが必要ではないかということでございます。構成メンバーは従前のMC協議会に入っているメンバーと同じということでございまして、消防機関、医療機関の関係者、医師会、診療に関する学識経験者の団体の推薦する者、事務局的に都道府県の職員その他の者が構成メンバーとして考えられるのではないかと。

協議会の役割といたしますと、一番重要な搬送・受入に関する、ここに実施基準と書いておりますけれども、前のページで言うところのルールづくりの協議を行うということが必要ではないか。その他、通常いろいろ搬送・受入を行っておりますと、いろいろな課題であるとか、問題点等もあると思いますので、そういったものの調査・分析、そういった連絡調整業務もこの役割として含まれるべきではないかということでございます。

右のほうに意見具申と上の矢印でございしますが、この協議会から県知事に意見具申とある中で、2番目のポツに「搬送・受入の実施に関して必要な事項」という部分がございします。これは協議会でいろいろ現場の議論をされていく中で、ルールに反映される部分はもちろんルールの改定とかということにつながっていくわけですが、特定の医療機能であるとか、医師の医療機関の体制等について、もう少しこういった改善が必要ではないかという話も当然出てくるかと思っておりますので、そういったものについて知事にいろいろな提言的な意見具申ができるということも必要ではないかということで、機能として位置づけるということを考えております。

このルールでございしますけれども、12ページに搬送・受入のルールのイメージ、概要ということでございしますが、これは都道府県が策定し、公表するということでございます。4つございします。1番目が傷病者の状況、重傷度・緊急度であるとか、病態に応じた適切な医療が提供できる搬送先となる医療機関の具体的なリストといいますか、名称が示される、受け入れの体制について示される必要があるのではないかとということで、そういったものを最初に明示するということが①でございします。

②でございしますけれども、救急隊が傷病者の状況を観察するわけですが、状況を確認し、このリストの中から搬送先の医療機関を適切に選定するためのルールが必要ではないか。これは基本的に幾つか複数の医療機関がありましたら、距離でありますとか、かかりつけの有無を考慮して選定するということにな

ると思いますけれども、その基本的なルールを定める必要があるのではないかと。

③につきましては、患者さんの状態を医療機関に適切、的確に伝達するポイントを示すというようなルールづくりが必要ではないかということでございます。

④でございまして、そういった選定を行ってもなかなか決まらないという場合において、最終的に傷病者を受け入れる医療機関を速やかに確保しなければいけないということのあらかじめの確保をするために消防・医療が合意をするような基本的な取り決め、事前のルールというものも必要ではないかということで4つ挙げてございます。「等」ということで、その他のバリエーションの細かい部分、出てこようかと思いますが、基本的な柱、一連の流れの中で重要な点はこの4点で例示させていただいているということでございます。

※でございますが、これは都道府県策定ということで、基本的には全域でつくっていただいてもいいわけですが、医療提供体制の状況、2次医療圏等の問題、区分があつたり、政令市等の大きな区域があると思いますので、そのエリア分けを実情に応じて分けるということが可能な仕組みが必要ではないかということで※がついてございます。

このルールの効果、法的な効果ということでございますが、消防機関については公共団体が実施するわけですので、この基準、ルールについては遵守といえますか、それに従って業務を行うということが必要であろうかと思われませんが、医療機関につきましては私立の病院等も含めてということでございますので、この基準、ルールの尊重に努めるというような効果というものになるのかなということで考えておまして、そういった表現にしております。

あと、これは都道府県が主体的に医療計画と調和を図りながら策定するというところでございますけれども、当然、いろいろな国レベルの知見、医学的な知見等、情報提供が必要になる。他地域でこういうことをやっているということも含めて必要になるということで、総務大臣、厚生労働大臣が適切な情報提供等の援助を行うということも仕組みの中に位置づける必要があるのではないかと考えてございます。

これがルールのイメージでございまして、具体的には今の①の部分についての概念図ということでございまして、13ページにございます。この実施基準のイメージということでございますが、患者さんが発生いたしまして、まず重症度・緊急度の判断ということがあろうかと思います。重症度・緊急度が高いということになりますと、3次のセンターに搬送するというような流れになってこようかと思います。

それ以外の場合に、ここでは疾患別に分けてございますが、症状別に分けるでとあるとか、いろいろな分け方が今後議論を深めていかなければならないかと思っておりますけれども、例えば脳疾患ということに分けた場合の症状の程度別に救急隊が

判断することによりまして適切な医療を提供する医療機関というものが分類されるということになろうかと思えますけれども、一番右に具体的なAセンターであるとか、B病院というような名称が記載されておりますけれども、患者さんの症状に応じた、状況に応じた適切な医療機関ということの具体的な医療機関の名称も含めたこういったリストがあることによりまして、スムーズな搬送・受入ができるのではないかとということで13ページの概念図をつくらせていただいております。

各地でいろいろな取り組みがございます。ここでは東京の例を14ページに脳卒中の救急搬送体制ということで引用させていただいております。脳卒中の患者さんの救急要請があった場合にフローチャートで救急隊が重症度の判断をし、脳卒中の疑いについての判断を行っていくというフローの流れが書いてございます。

15ページでございますけれども、その脳卒中の急性期に対応した医療を提供できる医療機関のリストということで具体的な医療機関名が表になってございますけれども、中にはt-PAの治療ができる、可能かどうかということについての「○」という記載がございまして、t-PAの治療が必要だと判断された場合には、その○のついた医療機関から病院選定を行っていくというようなことになろうかと思えますけれども、具体的なリストが示されているというのが15ページの例でございます。

16ページは救急隊による病状の判断の基準ということでございまして、主な兆候から脳卒中の疑いを適切に判断するためのルール、基準というものも決められているということのようでございます。

これが脳卒中の関係のルールの具体例ということでございますが、17ページには救急搬送の東京ルールということで示されております。特にその中のルールIという部分がございまして。私どもの資料の12ページのところの④で、医療機関が速やかに決定しない場合のあらかじめのルールということで、確保ルールということでご説明したものの関係では、この迅速な受け入れということで4つほど●がルールIの中にございますけれども、一番上の一時受入・転送システムにおいて、一時的に受入医療機関で応急的な医療提供をして、専門的治療については転送して提供するというようなルールを考えているということと、コーディネーターの設置ということで、受け入れ困難な場合には地域を超えた他地域、他のエリアとの調整を図りながら受入調整ということをするためのコーディネーターということでございますけれども、コーディネーターを設置してこの円滑な搬送につなげるというようなことをまとめておられるということでございますけれども、今回、私どもが考えているルールの先取りといいますか、1つの例として、東京都の例を紹介させていただきました。

以上が実質的な資料のご説明でございます。18ページ以降は参考ということで、前回、ご討議いただきました資料を再掲しておりますが、いわゆる18ページがコア事業と言われるものの図ということでございます。

19ページが、当初、事務局のほうで所掌の拡大というようなことでご説明申し上げてまいりましたが、これはもう先進的な地域では右側の部分もやっているということでございますし、本来のメディカルコントロール体制の中にはこちらも入ってくる、搬送の右の部分も入ってくるということで、先ほどの図では広い概念で表現させていただいております。

このことは20ページのもともとのこのメディカルコントロール体制の構築を通知しました消防庁の課長通知の中でもアンダーラインを引いておりますけれども、救急医療体制、救急搬送体制だとか医療体制についての調整も機能の中に含まれるということでございまして、本来の姿に戻ったというような考え方もできるかと思っております。

以上が搬送・受入のルール of の仕組みづくりのことでございます。

もう1点、従前ご議論いただいております、いわゆるPA連携の関係のファーストレスポンスによる救命率の向上を行うに当たってのいわゆるポンプ隊における救急隊員資格者による応急処置の法的な位置づけということでございます。これについても当初、法的な手当が必要ではないかということで検討事項として提示させていただきましたが、委員からも、これは当然、現行の法体系の中で全体解釈として読めるのではないかとというご意見をいただいたところですが、私ども政府の中で法令の解釈等を担当しております内閣法制局とも相談いたしまして、これは現行の消防法の救急業務の中で読めるのではないかと考えております。

理屈は救急隊がということで、法律が、救急隊が救急搬送を行うというように書いてございますが、先着して処置を行っている消防職員についても後着して医療機関に患者さんを搬送するわけですので、その救急隊の活動の中の先着部隊として業務を行っているというみなし方もできるということであろうということで、現行の法制を特段変えずとも、これは読み得るのではないかとということでございまして、私ども若干、現場に疑義があるところですので、解釈について国としての考え方を示そうと思っておりますけれども、こちらのほうは、そういった対処でできるということでご報告をさせていただきたいと思っております。

事務局のほうからの資料の説明は以上でございます。

座長 ありがとうございます。

委員の先生方、いかがでございましょうか。第4回のときに法制化の問題が出てまいりまして、その後の流れをお話いただいたわけでございますけれども、具体的なところは、具体的というのか、一番のコアのところは先ほどお話に出た

12ページのルールのところ、搬送・受入のルールのこの①から④というところが、1つ1つがキーになってくるところではないのかなと思いますけれども、全体をお話しいただきました。いかがでございましょうか。どこからでも結構でございしますが、ご質問、あるいはご意見をいただきたいと思います。どこからでも結構でございします。

ただ、私、先に少し座長から質問をさせていただきたいのは、最後に東京の脳卒中の救急搬送の事例が出ましたけれども、これはその具体的なルールづくりを東京はしておりますよという例をいただいたわけで、これを持ってくるという意味ではないということによろしゅうございますね。

事務局 はい。そうでございます。座長のおっしゃるとおりでして、1つわかりやすい例として、こういったルールが決まっているというご紹介で、これを全国にすぐ実施していただきたいということではありません。

座長 こういう具体的なところは、これから作業部会なり何なりでもんでもらうということになると思いますが、1つの事例として挙げていただいたということにさせていただきたいと思いますが、どうぞ、どこからでも結構でございします。先生、どうぞ。

委員 まず、全体としては大分集約されてきたなと感じています。それで、今の座長のご指摘に関連する部分なのですが、この実施基準のイメージといいますか、これはもう既に医療計画の中で、一般救急を含む4疾病5事業、つまり周産期医療、小児医療、それから、資料にある脳卒中、循環器疾患（急性心筋梗塞）を含めて、構築していきましょうということが書き込まれていますので、では、それをどういうイメージであらわすかというのが、これは結構、一生懸命考えないといけないことだと思います。ここで、全部決めてしまいたいという形ではなくて、今、座長がおっしゃったように、これは先駆的な事例を検討しながら追いかけていくというような方向が望ましいのではないかと思います。それをできるような先生方もいらっしゃるわけですから、ぜひそういう作業を追ってやっていくということをお願いできればと思うのですが、いかがでしょうか。

座長 事務局、どうぞ。

事務局 座長のお話と今の委員のお話、共通する部分があると思います。実際にこの搬送・受入ルール実施基準を定めていくということが一番のコアな重要な事項ということでございますので、これは厚生労働省と私ども密に連絡をとって、このあたりはじっくりご意見をいただきながら一歩ずつ進んでいくということが必要かと思っております。

座長 ありがとうございます。

いかがでございましょうか。どうぞ、どこからでも結構です。委員、どうぞ。

委員 私もMC協議会の現場を別に知っているわけではなくて、聞いているところで

申し上げるわけですが、MC協議会は必ずしも都道府県の範囲でなく医療圏とか地域ごとにつくられて、そのエリアごとに特徴のある活動をやられていると私は理解しています。ここでいう協議会は、あくまでも都道府県に1つつくればよいということなのでしょうか。この図の「メディカルコントロール」とされる中の1つの役割として入るならば、協議会自体が県に1つしかなくて、メディカルコントロール協議会は、それぞれエリアごとにあるというのも違和感があるのですが搬送・受入のルールに関して、地域ごとの特徴に応じて考えていけばいいのはもっともなことです。そのルールをつくる場である協議会も、県で一つだけではなく各地に別々にあったほうがいいと思いますが、どのようにお考えなのか。

座 長 どうぞ、事務局、お願いいたします。

事務局 搬送・受入ルールは、受入医療体制と非常に連動している部分ですので、医療計画、県でつくられていると思いますけれども、全体は都道府県単位で調整する必要があるのではないかとということで、10ページのこの太線の部分の協議会の機能は都道府県単位に設けていくのが基本かと思います。現在、MC協議会の中の県MCと呼ばれているものがこれに当たるのかなということでございます。

ただ、具体的な全体の調整は当然、県全体の協議会で行っていくということになるとは思いますけれども、12ページのところで個別具体的なルール内容をどう決めるかということについては、医療提供体制が県ごとにいろいろ景色が違うということもあると思いますので、必ずこの全県1本で決めなければいけないということではない事情も地域によってはあるのではないかと。その場合には、県の区域を幾つかに分割したようなもので決めていくという必要もあろうということ、そういった柔軟性を持たせたいと思っています。

その地域ごとのルールを決めるのはどうやって決めるのかということになると、各県の協議会の運営の考え方だと思いますけれども、例えば部会なりというものを設けて、地域部会のようなものを設けていただいて、そこでその地域のルールについて議論するということも考えられるかと思いますが、そのイメージでいくと、今の地域MCがそういった分野に近いのではないかと思いますけれども、そのあたりの地域特性も反映できるような仕組みにしたいと思っています。

座 長 ありがとうございます。よろしゅうございますか。この協議会というのは、地域の都道府県なのかということと、大きいところは都道府県だという流れが、そして地域特性のあるところは地域のMCでという流れでそのとおりだと思いますね。委員、それでよろしゅうございますね、そのところは。

委 員 はい。

座 長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。どうぞ。

委員 前回なのですけれども、前回は、この10ページの絵なのですけれども、全体のメディカルコントロールと書いてあるところが消防・医療連携による協議会というようなことで言っていたのですけれども、今回、メディカルコントロールの中に入るというような筋書きになっているのですけれども、我々としてはやはり法制化するのであれば、これでいきますとメディカルコントロールというのが省かれるような形になってしまうのではないかなと。

この消防・医療連携による協議会というのがルールづくりができて、あとこのメディカルコントロールのほうは、この法制、いわゆるルールといいますか、法的に何の位置づけもないというような形になってしまうのではないかな。前の例でいきますと、消防機関と医療機関が連携する協議会の中に当然、メディカルコントロールというのも入っておりましたし、入ったものというようなことでイメージしていたのですけれども、今回、変わったということでしょうか。

座長 今のお話は11ページのところの前回、第4回のときにはメディカルコントロールが細い線でこういうようになっているのではなく、もう少しこの受入の下の方にあつた協議会というのか、何も書いていない協議会、その協議会のイメージを委員はお話ししているのでございましょうか。

委員 はい。

座長 少し意味が変わったのか、あるいはこれだと少しメディカルコントロールそのものがあやふやというのか、ぼやけるのではないでしょうかと。

事務局 そこがメディカルコントロールの概念、とらえ方について、お話になる人によって違ってくるのだと思いますけれども、私どもの理解ではメディカルコントロール、今、通知に基づいて本来あるべきメディカルコントロール体制というのは病院前の部分について全体を包括するメディカルコントロールと今書いてある、この外枠の線の部分ではないかと思っています。現実にも今、MC協議会で執り行われているというのは左下の部分の処置の部分のコア事業の部分が中心ということになると思いますけれども、本来のあるべきMC体制ということになりますと、特に搬送についてのこの太線の部分、ここもカバーするべきものであらうということになろうと思います。

要するにこのMC体制全体について法律に位置づける、法制化することになりますと、私どもそこも検討した経緯があるのですけれども、左の部分、救急隊員の処置の質の向上ということの部分については、現行の消防組織法なり消防法の中で対処できるという位置づけが既に講じられているという中で国の消防庁の通知の中で医療機関のご協力をいただいて、質の向上を図っていくという体制が整備されてきたと。いわば現行の法体系の中で、通知の中で対処できることだと。今回、受け渡しの部分については、まさに消防機関と医療機関の搬送・受入の接点の部分ということでして、ここについての制度づくりをするというこ

とになると、実は法的な手当を講じてやる必要があるのではないかということでございまして、この太線の部分について法律の位置づけ、法的な整備が必要ではないかということで、今回、ここの部分の協議会、協議ルールというものをご提案させていただいたということになります。

しからば、では、従前のMCと言っていた左の部分はどうか、それはやめてしまうのか。太線の部分だけでということになりますと、それはそういうことではありませんで、これは法律で位置づけられた組織が、それはまた別に2つやるということは不合理だと思いますので、同じ組織でやっていただいていいと思いますけれども、その中で法律のイメージに書いてある部分は右側の太線の部分、左の部分については、これは今後法制の検討をする中で、協議会の所掌事務をはっきり書いておく部分と、その他の連絡調整とか、調整機能についても位置づけるというやり方がありますけれども、そういったものに位置づけることになろうかと思いますが、具体的な中身についてまでは書いていかないというような整理で考えているのですけれども、説明がまどろっこしくなって恐縮ですが、全体のメディカルコントロール体制については引き続き従前どおり質を高めつつ、今回の法制度の整備によって、より一層この搬送・受入の接点の部分については強化していくというような位置づけになると思います。

委員長 ありがとうございます。

座長 どうぞ。

委員長 今までこの委員会に携わっておりましたのでイメージ的にはわかるのですけれども、メディカルコントロールの体制も前から消防のいわゆる搬送を受け入れる部分、あるわけですね。そうしましたら、特に今回、そういうように分ける必要があるのか。考え方によってはメンバーも一緒ですし、あえて分ける必要があるのかなというような気はするのですけれどもね。

事務局 そこのところの組織とか運営のことをおっしゃっていると思うのですけれども、ここは2つ分けてやるということは現実的ではないですし、メンバーは同じになると思います。11ページで示しているメンバー、消防、医療、医師会等の代表の方、これは当然重なるわけですので、協議会自体は同じ組織で当然やっていただいていいことになると思いますけれども、その厳密に言うと、協議会で行う事務の中で法律にはっきり所掌として位置づけられた部分と、通知等で細則を補っていく部分と仕事は何か2種類あるけれども、やるべき組織は1つの協議会で両方やっていただいていいということになるかと思いますが。

委員長 わかりました。

座長 よろしゅうございますか。どうぞ。

委員、どうぞ。

委員 今、お話しになったのは、各消防本部では非常に関心事なことだと思うのです

ね。10ページの絵を説明するときに、もともとメディカルコントロールというのは事務局がおっしゃったように、左のほうの医師の指示だとか、プロトコルだとか、事後検証というのはコアの事業だというのはまさにおっしゃるとおりで、これらが発展すると右のほうの消防・医療の連携による協議というのが必然的に出てくるという説明が一番いいわけで、何を言いたかったかという、メディカルコントロールという機能を考えれば、必然的に右に発展していくのだということだと思うのですね。

今おっしゃった中で、ぜひ各消防本部に通知か何かで理解させていただきたいのは、今回の法律改正というのは決してメディカルコントロールという箱物をつくるための法律ではなくて、そういう機能のある一部を法律化したのだと。したがって、例えば私などの理解は、例えば東京の中のMCというのは、右のこういうような機能をやりつつ、必然的にコアの事業をやっているという団体になったのだと。こういうふうに言わないとなかなかわからないのではないかと思います。それが1つですね。

それから、東京の場合は、例えばこういった右のほうの協議会を設けるとすると、既に救急医療対策協議会というのがあって、ここは既に機能しているのですね。先ほど説明していただいたトPAの関係だとか、こういった東京ルールをつくるのも、この東京都の救急医療対策協議会の中でやっているわけですし、こういった既存の組織も当然のごとく、この法律からするならば機能を持っているというように私は認めざるを得ないと思うし、それを例えばMCがあるから、今年からそれでやるかということはずなないと思うのですね。そうすると、そこでもやっぱり機能というのを説明すると、つまり、12ページの中にある都道府県が策定、公表するというこれからの搬送・受入ルールの中には、抽象的な言い方ですけれども、救対協でやっっているながら、実は今、既存の東京のMCの中でやっっていることが幾らでもあるのですね。

例えばほかのページでもありましたように、こういうルールの前提というのは発生した患者さんの重症度とか、緊急度とかという判断があって、その判断を1つの指標としながら、どこの病院に選定をするのだとか、こういったもののリンクが必ずあるのですね。そうなってくると、機能というものを強調することによって、それぞれの都道府県の違いの中で、例えば一例を挙げれば東京が今考えようとしているのは、救対協という既存の組織と、それから、法律上、位置づけられるであろうMCの持っている機能というのが2つ合わせて1つというものもあるのではないかなというようにも考えている。だから、こういったことをぜひ何かこれから出す、多分、各消防本部に発出される通知の中に、その機能という中で、今持っている既存の組織だとか、または通知で位置づけられているMCというものをきちんと活用していきなさいというようなことを示していただく

と、多分、誤解が少ないのではないかなと、このように思います。

以上です。

座 長 ありがとうございます。

事務局、何か。いかがでしょうか。

事務局 まさにおっしゃるように、組織ありきでつくっていくという話ではないので、あるべきものはその中の機能ということですので、今のご意見を踏まえまして、わかりやすいような見解なりを示していきたい、説明していきたいと思います。

座 長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。どうぞ、ほかに。

委 員 すみません、代理で来ておりまして、見当違いな意見になるかもしれませんが、今、お2人の方のご発言と同じような意見、感想ということになるかもしれませんが、今年度の1回目の会議のときにこのMC協議会の法的な位置づけということも今回の議題にしていこうというようなお話があったように伺っております。その前提として平成13年の通知に基づいて各県にMC協議会をつくって、今、大変重要な活動をしていただいている。救急搬送、消防の救急業務については非常に重要な部分を担っていただいていると思うのですけれども、そういう協議会をリスクの問題も議論があったと思いますが、そういう協議会を確かな仕組みの中で継続的にきちっとやっていくという仕組みを法的に位置づけたほうがいいのではないかと、そんな議論があったように思うのですけれども、この10ページのご説明ですと、そういった協議会全体のことではなくて、この搬送ルールについて今回は法制化しよう。左側のコアの事業については、引き続き今までの仕組みの中でやっていくのだ、それは法的には整理されている問題だと、そんな説明だったように今お伺いしたわけですが、思いは、県の立場で申し上げますと、最初に申し上げたように、協議会そのものを法的な位置づけをきちんとするということがやっぱり必要ではないか。それは非常に重要な事業、重要な役割を担っていただいているわけですので、そういう組織をきちんとしたものにして継続的に確かなよりどころを持った組織にしていくということがいいのではないかなというようなことを思います。

最初の事務局の説明で引き続きの検討ということを少しおっしゃったので、最初に私が申し上げたようなことも引き続き検討課題ということで、今回は搬送部門について法制化を考えるというようなことかなというように、私、実は最初に思ったのですけれども、その引き続きの検討ということの中には、私が申し上げたようなことはないということなのではないでしょうか。

座 長 どうぞ、事務局、お願いいたします。

事務局 10ページの部分の法的に位置づける機能及びその協議の仕組み、ルールというのが太線の真ん中の部分ということになると思います。そこの今のMC協議会

でやっている事実上の協議会というものが、当然、メンバーとか一緒になりますので、今回、法的に位置づけられる協議会の中でやっていかれるということでもありますので、組織の永続性とか、運営の安定性というか、そういったものは同じ受け皿でやっていくと思いますので、確保されるのではないかと思います。

ただ、応急処置の質の向上等について、今やっている部分、左の部分については既存の体系の中でも処理できるという問題と、あと救急救命士の場合には救急救命士法との調整という問題も当然あるわけですし、そこを取り込んで協議会の事務全体を法律に位置づけるということになりますと、その調整の規定の整理とか、かなり大作業になっていくのではないかと思います。私ども、そこもいろいろ議論はしてきたところですけども、今回、全体を取り組んで法的に位置づけるというのはかなり難しい問題だと思います。

ただ、その部分もしっかり法律に位置づけるということ自体は、必要性があれば当然検討していくテーマだと思いますので、今回はこの真ん中の接点の部分について法令に位置づけるということにしたとしても、その辺の部分が、将来的にそれはもう要らないのだということではなくて、そこは順次拡大なりということには必要性に応じて、当然、検討していかなければいけないと思っておりますけれども、今このメディカルコントロールの体制全体を同時に位置づけるということではなくて、できるところからと言ってはあれですけども、緊急性が高く、今、現行の法体系の中でカバーされていない、抜けている部分といいますか、ちょうど接点になっている部分についてしっかりルール化していきたいという考え方ということでございます。

座 長 よろしゅうございますか。

委 員 はい。

座 長 どうぞ。

報告者 その今の話の延長線上ですけども、メディカルコントロールという体制と現実存在するいくつかの協議会との関係を私に振られたときになかなか説明しにくい感じがします。というイメージが1つあるので、実は話を始めたいと思いますのは、具体的には消防・医療機関連携による協議会が行う具体的な中身を考えた場合、12ページのところの①の、搬送先となる医療機関のリストづくりが上げられます。具体的にこれを例えば地域ごとでやりなさいということにした場合に、どのようなイメージがわいてくるかというと、病院のリストをつくりましょうというときに、今の現実ですと消防機関には、2次、3次救急医療機関のような表面的なリストが出てくる可能性がありますね。

おそらくそのリストをくださいよということになると、それは医療主管部局がまとめることになると考えられます。リストの作成後は、どのように搬送先を決定していくか、ルールをここで決めなさいということをおそらくこの図で

書いてあるところだと思うのですね。実際細かなルールを決めてやってもなかなか受入先が決まらないということになったときに、また調整をしてルールづくりのサイクルに乗せなさいということだろうと想像します。現実には医療主管部局――あ、もう帰られる？

オブザーバー

肝心なときに申し訳ありません。他の会議にも出席しなければなりませんので、失礼いたします。

MC 報告者

地方自治体の中で医療主管部局がどれだけきめ細かなリストをつくったり、あるいは病院としての分類の定義を明確にして開示できるかというところが、1点目の課題だと思います。2番目の課題は、そういう問題が毎日起こるよねといったときに、責任はだれがとるのだと言う点です。

要するに、これはあくまでも箱物ではないよねという話もありましたけれども、では、運用上の規約をつくりますけれども、PDCAサイクルを回してルールづくりの仕直しをやって、また現実に調査をして、やっぱり30分以上かかって収容できないよねという場合もありえます。そのときに、この法律に決められた消防サイドの責任なのだよということで、法制化すれば結構強い重みになると見えるようですが、一番大事な点は、接点の向こう側にある医療機関のあり方に課題が残ります。要するに病院の情報の開示や、病院の協力がないと必ずしも改善しないのではないかなという気はします。

だから、少し危惧しているのは、そういうところの責任体制を含めた法整備になっているのかという点です。その責任の位置づけが消防法で規定されても、問題が、実はやはり医療側にあるのだから、この協議会で解決できるのはやはりここまでののだよとならないでしょうか。その辺が私にはわからないので質問させていただきました。

座 長

ありがとうございます。

ごめんなさい、先生方、手が挙がっていますが、今の質問というのは12ページの①、13ページのAセンターとか、B病院とか、C病院というのがありますね。このAセンター、B病院、C病院と書いてある、この名前を書いたのが①なんだろうと思いますが、これはだれが責任体制を持っていて、だれが最終的にはキーになっていくのだというところで、そう簡単にはいかないのではないのかということのようなところだと思いますけれども、関連質問の先生方、どうぞ。

委 員

いや、質問というよりはコメントなのですが、今のお話は、要するに救急医療はだれの責任なのだという全体のお話に1回引き取れば、これは政策医療ですから、政策医療というのは医療提供体制なり、搬送業務なり、全部が力を合わせて120%の力でやるわけですが、それがうまくいくようにする政策をつくる人に一番の責任があるのではないかなと思います。

今、全国で救急医療が非常に困難であつたり、それから、地域医療そのものの

存立が非常に危ない状況になっているということは政策に問題があるからではないか。そういう論点はやっぱり必要なもので、それは別に法律に書くか書かないかとか、そういうことをここで議論するよりは、むしろしっかり情報発信をして、政策の多少問題があるところは直していただいて、そしてそれに我々が全面的に協力をして地域医療を守る、救急医療を守る、こういう理念だったと思います。ですから、今回のこのお話が理念の法律なのか、それとも機能なのかというお話で僕は先ほど委員のお話は全くそのとおりだなと思って聞いていたのです。

理念は追求しなければいけませんから、この絵で非常に賢いなと思ったのは、10ページの絵でメディカルコントロールという理念になっているわけですね。それは賢いのではないかなと。これ、いずれは法律に規定するなり何なりきちんと書き込む必要があるだろうというご指摘はそのとおりだと思うのですが、それは先週の熊本の全国メディカルコントロール協議会連絡会の発表を見ても、各地域でいろいろな考え方、いろいろなアクションがあって、消防の人が突出して動いたことによってよかったという地域の発表もありましたし、行政マンが頑張ったことによってこうなったという発表もありましたし、救急の専門の方がここまでやって、このゾーンは全部責任を持ってこういうようにパフォーマンスがよくなっていますという発表もありました。

あれはそれぞれ非常に意味があると思うので、今、これを全部書き込んで、だれの責任だとか、そういう話に落としていくと、それはだんだん、みんな連携ではなくて、また最初みたいに線にくっついたような話になってしまうのではないのでしょうかね。今はそうでない方向を目指すべきではないかなという意味で、先ほど方向としてはいいのではないかと。ただ、理念を捨てるわけではなくて、理念は全く最初からそのとおりだと思っていますので、ご一緒にその理念についてどうやって高めていくかという議論は引き続きやっていければと思っていますが。すみません、長くなりました。

座 長 ありがとうございました。

では、どうぞ。

事務局 どこまでの確にお答えできるかということなのですが、法案を今回ご了解いただきましたらば、法の準備をする側の人間として、こういうように考えられないかということを申し上げたいと思うのですが、今回の考え方といいますのは、本来、今、起きております救急搬送、救急医療において問題になっておりますものを、こういう言い方をすると問題かもしれませんが、必ずしも根本的にこれで解決できますという案というよりも、現状で医療、あるいは消防で持っております力を発揮いたしますと、相当程度、現状よりもよくなるのではないかという考え方に立って、何ができるであろうかということをつくったと思っています。

もちろん、政策でございますので立案してご説明をする場合には、必ず今よりもよくなるということでご説明をして、ご了解をいただくということです、うまくいかない部分については、その限りでは立案をする側としての責任というのがあると思うのですけれども、どこまでよくなるか、これは求められる側のご要望の水準ということもあるいはあるのではないかと。もちろん100%の救命といいたいまいしょうか、それを求めていくという立場は崩せませんし、崩しておらないのですけれども、すべて必ず助けるということはなかなか難しい面があるかと思っておりますので、どの程度の部分までをもってよしとするのかというところが非常にあらうかと思っております。

その中には例えば今の全体的な医療水準として、この日本の人口でこれぐらいのドクターの数でよろしいのかとか、医療の方法として非常にアクセスがよろしいけれども、専門性については少し難しいのではないかと、そういうようなことも含めてのご議論というものがあって、そこは中長期的に、広い意味では少し逃げになりますけれども、国として責任を、議論を深めていって方向性を定める。こういうことではないかと思っております。

当然、これをやっていきますと、それでもなおよくない場合といいたいまいしょうか、時間がかかってしまったとかということで、いろいろ、なお議論は起こると思うのですけれども、個別、個別で、ここまではできる。それを超えて求めるとすれば、根本的に病院の体制を変えていくとか、そういう議論にこの場でも、こういう協議会の場でも発展していくというようなことではなかろうかと思うのです。

座 長 いや、ありがとうございます。私、非常に賛成ですね。そういう流れというのは、今できるところからということで、根本的なところはまだ今そう簡単にはいかないよというのはそのとおりだと思います。ありがとうございます。

どうぞ。

報告者 (トリアージ作業部会)以下、トリアージ報告者 今のお話にも少し近いかもしれないのですが、先ほどから事務局の説明としては従来のいわゆるメディカルコントロールのコア部分、指示だとか、検証とかということに関しては現行法でカバーできている、現行法下で問題ないから、この新しい部分、10ページの右側だけはとりあえず法整備というようなことのご説明ではありましたが、現場としてはこの従来のコアの部分に関しても、その法的なことについてのまだ問題が非常にあるのではないかと。

ただ、ここに関してはおそらくかなり医療に深くかかわる部分ですので、現時点でこれを医療全体から切り離して法制化することには非常に困難が伴うので、これは現状のいろいろな解釈の中でやっていくということで当面やっていって、より新しいこの右側の部分に関しては比較的明快な部分なので、ここを法整備する。将来的にはこれを両方統合して考えていくというような形にしてい

かないと、その左側の部分、従来のコアの部分は法的にはこれで問題ないのだという見解になってしまっただけは、現場はきっと、いや、そんなことはないのではないかなという声がいっぱい出るのではないかと思います。

座 長 もっともな意見でございますが、事務局、いかがでしょうか。

事務局 おっしゃるとおりでして、今、委員がおっしゃったこととおりの答えになるわけですが、左側の部分についても、全然、処理済みということにはなりません。1つは、法律も規定上はしっかりと左側の部分に、今回出ないわけですが、ただ、真ん中の部分と左側の部分というのは、やっているメンバーとか体制というのは同じなわけですが、今、MCの地域の濃淡という中に問題があるのは、組織体制であるとか、非常に活発な地域とそうでない地域というものがあるわけですので、今回の太線の部分の位置づけがなされることによって、その部分はかなり行政的にしっかりした位置づけができますので、協議会自体の体制というのは強化されていきますので、当然、今までのコア事業でやってきた部分にも好影響が出ると思いますので、そういったプラスの面はあると思いますけれども、引き続き今の救急救命士に対する医師の指示との関係とか、現場で幾つか提起されている問題についても、よりいい方向に引き続きそこは考えていくということで対処したいと思います。

座 長 ありがとうございます。

きょう、委員、声が少ないですけれども、どうぞ。

報告者 委員が発言されたことは、ある意味、確かに理屈はギリギリ言うとそのとおり
(消防機関 ですよね。ただ、私たちが既に東京でやっているように、多分、ほかの地域でも
と医療機 先般の救急隊シンポジウムであったように、委員が言われたみたいに、結局のと
関の連携 ころ、実際、社会の状況においては、まさに法制化の対象たらしめる部分につ
に関する いてのことが既に、普段、僕らが使う言葉で言えば、実効支配的にはあるわけ
作業部会) すね。

以下、消 ですから、そういう意味でその実効支配に至るプロセスがじわじわと行ったの
医報告者 か、それともある日、あるときスクランブル発進によって米軍がどこかを占拠す
るように起こったのか、これはどちらであったにせよ、少なくともその実効支配
があつて、そしてそれが社会に一定の水準で効能を発揮しているという話になっ
て、その部分を法的な対象にしようという話であったとすれば、それは今言った
スクランブル発進であったにしても何にしても、全体としてそうなっているとい
うようなことを法体系上は多分追認しているというように、僕は法律の言葉はよく
知りませんが、そういうようになっているのではないかなと思います。

ですから、そこら辺で一定の水準で全国一律に階段を昇るとすれば、その階段
を昇った状況において、階段の下のほうでウロウロしているところがその階段の
ところに乗ってくるというように考えて、この手の話を推進していくのがいいの

ではないか。さっき言っただれの責任かという話になれば、これは時々言いますが、けれども、総務省がピッチャーで、厚生労働省がキャッチャーだとすると、やっぱりキャッチャーの体力がなければ、その責任は厚生労働省だろうし、ピッチャーのほうの体力がなければ、それは多分、総務省だろうし、だけど、投げる球というか、球そのものは患者さんですから、どちらも体力がなければいけないわけで、そういうことが全体になるわけです。

でも、例えば東京に関してのみ言えば、厚生労働省の大臣と都知事がけんかしたみたいなの、ああいうばかな話はないわけで、結局的には私たちの救対協でやっていることやメディカルコントロール協議会でやっていることに関しては、やはり直近的に言えば都民のことを面倒見ているのは都知事なので、私の認識では都知事の責任だろう。今言ったピッチャーの体力やキャッチャーの体力そのものが国のプロセスによってああでもない、こうでもないということになるのであれば、それは総理大臣なのだろうと。まあ、よくわかりませんが、多分、そんな、単純過ぎるかどうか知りませんが、了解の範囲として私はこのように思っています。

以上です。

座 長 ありがとうございます。

どうぞ。

事務局 厚生労働省側の分も含めてお話しさせていただきますと、12ページのルールの中に①、②とある、一番スタートの①の部分ですね。ここは我々消防サイドの検討会で種々ご議論いただいてきたわけですが、ここの部分は、まさに接点というか、どちらかというと医療サイドに近い部分ですね。医療計画に基づいて4疾病5事業が示されておりますけれども、受入医療体制の中のしっかりした土台があって、その中からキャッチャーの部分が出てくるという部分ですので、ここのルールをつくらうと思いますと、当然、キャッチャーの側の衛生行政のほうのご協力があって初めてできてくるということですので、ここは厚生労働省とも私どもよく相談させていただきまして、むしろ実質的にここの①の部分をつくっていく作業は厚生行政、衛生行政の部分ということですので、そこは一緒にやりましょうということになっておりまして、そこは自治体で言うと全く知事のもとで一本でやっている部分ですが、国においてもここは両省連携してやっというところですので、そこはひとつ説明させていただきたいと思います。

座 長 ありがとうございます。両省でという流れが、お話がありました。

どうぞ。

MC 報告者 今、事務局の説明がありましたように、私が一番現実的なところとしてお尋ねしたかったのは、この1の厚生労働省の立場というか、都道府県単位でいきます

と、いわゆる衛生主管部局がどの程度関与するか、この程度によって形が変わってくるのかなということです。といいますのも、実はもう一度、私は病院におりますので、例えば10ページの図を見ていただいて、実は急病とか、けがをされた人というのは、一番左のこの枠の外に発症しているのですね。救急車に乗るといこととになった場合はこの図柄でよろしゅうございます。だけれども、多くの方は、まず病院に行こうか、行こまいかというところからスタートする。あるいはどこへ行こうかということからスタートします。多くの人はこれをショートカットして流れて、私たち病院ではこの図に載っていない道筋の患者を診察しています。そうしたときに、先ほど消防・医療の連携の協議会における病院側の情報の提供というのは、実はこういったショートカットして病院に来られる方にも重要なのです。

そこを少し食い込んだ形にならないのかなというのが私の意見です。メディカルコントロール作業部会では真ん中の点線をどけろとかの議論も出ましたが、そのあたりの点について、聞きたかったのですね。その根拠が実は先ほどの①の病院側のリストはどういうように出てくるのか。出てきたら消防側と医療機関とのリストと共有するということになります。医療機関の責任をやっている者から言えば、一般市民に対しても出さないといけないということになります。その辺の作業を進めようとするれば、これはまことに失礼な話、病院の話なのですね。あるいは病院を監督するところの話になってしまいます。

座 長 そうすると、先生の考え方だと、①など要らないので、例えば④がありますね。速やかに決定しない場合において受け入れる医療機関を確保するためのルール、この辺の医療機関のルールというのを先に持っていったらどうなのだという意味ですか。それともまた違うのですか。

MC 報告者 ④も極めて重要ですし、具体的にはどうしても受けられないときに、いわゆる最後の詰めをどうするのだというのはルール上決めておくことはいいと思うのですね。1番が最初に出ますと……。

座 長 異質な感じがするのですな。

MC 報告者 医療機関のリストづくりから始まるとすれば、法的に決められた枠の中で、わかりました、やりましょう。医療機関からリストをくださいというところからスタートしてしまうと思うのですね。それはおそらく今回の法整備の中からは、外の枠、それは委員が先ほど来言っている、それは社会保障全体から見ればみんなどこか1つ1つ頑張ればいいのかよと言いますけれども、けれど、今回、せっかくこんな話が出たということをきっかけに考えれば、厚生労働省側はもう少し踏み込んだ上に乗っかり方がないのかなというのが正直なところですよという話です。

座 長 わかります。わかりますが、事務局のほうの、私、想像でいきますが、厚生労

働省等の話の中で出てきた結論というのものがあるのではないのかなと、そういう感じが多少においますけれども——先生、ごめんなさい、事務局からいって、それから先生にいきましょう。

事務局 私理解が的確な答えになっているかどうか、その厚生労働省サイドにもっと踏み込むというのは、まさに医療法に基づく医療計画というのがあって、地域の医療提供体制を示しているわけですね。その中に救急医療も当然入っているということで、その医療法の体系に基づく医療提供体制というのは1つの体系としてありまして、これは病院、医療のサイドでやっている部分と、今回の救急患者が発生して、救急車でということですから、消防の救急業務として搬送するに当たって、どこへ運んだらいいかということをもうあらかじめどういった患者の病態に応じた医療機関が適切なのかということをおあらかじめ頭に入れておかないと救急隊は活動できませんので、そこの部分の運ぶべき適切な医療機関をどこかということをお①で示していただきたいという部分なのですね。

そこで、まさにウォークインで入られる患者さんをもっといっぱいいて、もっと広いと思います。キャッチャーとしての身構える構えとしてはもっと大きいはずだと思いますけれども、ただ、国民の安全ということを考えたときに、いざ救急車というときのルールをまず決めて、そこは公表することにもなりますので、一般市民の方にもどういった病院がどういう機能を持っているかということもわかるので、そこでセーフティーネット的なこともできるので、ほんとうにセットでバーンといくやり方もあると思いますけれども、私どもはその最低のところの安心をもたらす仕組みづくりということで今回のものを考えているというようなことでございます。

MC 報告者 きっかけとしては、私は決して反対しているわけではございませんで、ただ、1つおそらく……。

座 長 難しいのではないのかと。

MC 報告者 もし医療機関側が怠けるとどういうことが起こるかということ、また消防に、119番かけたら必ずこのルールがあるのでそのほうが早いよ、いわゆる消防需要、救急需要が増えてしまわないかという懸念は逆にあります。消防、しっかりしたよね。119番かければ早いよということで、歩いていったって、うちはこうだこうだということになってしまうという懸念はあるのかなと、個人的な想像ではありますけれども。

座 長 ありがとうございます。

関連でございますか。

消医報告者 もちろん。消防と医療機関との話し合いのプロセスで、くだんの脳卒中の搬送体制ができた。これは14ページにありますよね。今、委員がおっしゃったように、病院側ではどういような情報を出すのか、これも実は一緒に議論している

のです。その議論そのものはMC体制側からの議論というよりも、むしろMC体制側での搬送のルールづくりに呼応した形で、脳卒中の医療機関がどんな形でキャッチャーとして身構えていくか、相対的にその中で議論があつて、病院側としては消防機関にこんなように情報を出しましょうねと。その情報を出すけれども、一般の都民に対してはこんなように出しましょうねという議論をしているのですね、同時進行で。

なぜかという、救急隊は相当程度にリアルタイムに、つまり、患者を背負ってしまってから出発しますから、119番通報という、患者さんと接点があったそのときから仕事が始まりますので、そういう意味では相当程度リアルな情報が知りたい。だから、土曜日のお昼からどこどこ病院はt-P Aが使えるとか使えないとか。だけど、一般の市民にとって確かに、病院が隣組であるとすれば大事な情報かもしれないけれども、市民から見ればやはり15ページにある程度に、東京だと「ひまわり」というアクセスするツールがありますけれども、それにアクセスすると自分の周辺の医療機関ではこんなようなことができそうだということがわかる。だから、自分で行こうと思えばそこへ電話をして、これから行こうと思うのだけれどもということを多分、慎重な人はやるのでしょう。

今、委員がおっしゃったみたいに、確かに救急車に乗ったほうがうまくいくだろうと思えば、多分、救急車を使うと思います。現に東京では救急車を使って入院する患者さんとほぼ同じぐらいの患者さんがウォークインで時間外に入院していますから、緊急だということで。だから、そういう患者さんにこそ救急車を使ってほしいという話になりますので、逆に救急車を使えと。そのかわり救急隊はそうではない、緊急性を要さない患者さんについては遠慮してほしいと、こういうような話がありますので、病院側は今、委員がおっしゃったような形で情報を出す。それから、救急隊は救急隊でその水準をアップさせる。

だけれども、利用する人たちについてはどこかで遠慮してもらうとか、どこかで相談してもらうとか、または救急隊が電話、119番を聞いたときに横浜でやっているみたいに、ああ、これだったらサイレンもなしで行ってもいいのではないかというような松竹梅コースを決めておくというようなことを重層的にやっていくというようなことになりますので、委員が言われたようなことは、多分、大阪は大阪での議論の中で僕は昇華していくのではないかなと強く思います。関連です。

座 長 ありがとうございました。

どうぞ。それから、あるいは法的なところの先生方、すみません、次、お話をいただけたらと思います。

委 員 委員のご指摘というのは、ある意味正しいというのは、僕、それと同じ意見を先生が座長を務めておられる「救急患者の医療機関への受け入れを支援する情報

活用等に関する研究会」で、これは厚生労働省と経済産業省が共同でやっている研究会なのですが、そちらで申し上げました。あまりそちらだけ整備する、国民に対する視点がないと改めて救急車に対するアクセスが集中化する。そうするとおかしくなるのではないですかと。国民にどう説明するかって、もちろん大事だと思います。

この１２ページの医療機関のリストという項目なのですが、実はこれは救急医療情報システムというのがもう既に存在してしまっていて、更新が遅いとかいろいろありますが、都道府県によって医師会に委託したり、いろいろな形で整備されている事例のほうがむしろ多いのです。ですから、もうリストはあるのです。

それからもう一つは、電話相談やさまざまな事業があって、患者や保護者が救急の周辺で悩んだり、不安だったりするものにどうやってこたえていくかというのも、いろいろな姿が立ち上がっているわけです。そういうものを全体でブラッシュアップしていかないと、ここだけ見事に整備しましたとやりますと、かえっておかしくなるということもあるのです。しかも、主体は国民ですから、国民の皆保険でフリーアクセスという前提のもとで言えば、国民が自分で選択して行っていくのが一番いいわけです。何も全部救急車を使わなければいけないとは僕は思いません。

それからもう一つは、今急いでいるのは、どちらかというと都市型の救急が詰まってきたということだと思いますので、それについて早急な対応をするという文脈なのではないかなと思いますが、そうは言っても、地方も今いろいろな問題を抱えていますから、これはまた後で出てくると思いますが、この総務省がかかわっているのは、公的医療が危なくなることによって地方の救急医療が危なくなっている。地方行政を所管する観点からもまた、救急医療を強化していかなければいけないという文脈があると思います。

長くなって恐縮です。ですから、その中で言えば、このリストがきちんとあるかって、あります。それから、それプラス休日・夜間診療所なり何なり、いろいろな在宅当番なり、そういう制度もあります。こういうのは全部オープンになることができるものですから、また、している地域もありますから、その辺はあまり心配されないほうがいいのではないかなと思います。

座 長 なるほど。ありがとうございます。

いかがでございましょうか。委員、何かご意見ありましたら。

委 員 私、一言、きょう１つ質問しようと思ってやってきたのですが、ほんとうはその他のところのほうがいいかと思っていたのですけれども、今、仕組みづくりのほうでずっと話が進んでいますので、それでいいのかとは思っているのですが、せっかく機会をいただいたので発言します。まず、仕組みづくりについて言えば、今、委員がおっしゃったのは少しフライングだと私は思います。救急のところに

一般国民よりも救急に関する情報が集まっていて、それを頼ろうとすると救急にアクセスが増えてきて困るのではないかというのは、やっぱりどう考えても本末転倒という話なので、そうやって救急車派遣の依頼が来たものをどうやって振り分けるかという話に進んでいかないといけないという委員その他の御意見に賛成します。しかし、まあ、でも、そんなことは委員だって十分ご存じのことで、ほんとうに現場を知っておられるからさっきのようなお話が出てきたのだと思うのですが。

それで、この仕組みづくりも今回の話でどれだけレベルアップができるのかというと、それはほんとうはやってみないとわからないのかもしれないのだけれども、一応、方向性としてはここにあるように消防と医療の関係者がとにかく連携による協議、その場というのですか、それを充実させる。だから、全国的に1つずつレベルをアップしましょうよという励ましみたいなもので、励まされてきちんとやるかどうかというのは、これはまた人間のことだから何ともいえない可能性もあるけれども、やっぱりそういう方向で話を持っていくのは悪くはないというか、いいことなので、よろしいのではないかと私などは単純に思っているということです。

その上できょうのような抽象論というか、抽象かどうかはちょっとわからないのですが、仕組みのところの話だけではなくて、ほんとうはこの場でいいのかどうかもよく判断がつかないのだけれども、私がこの会に出ると、私だけではないのですけれども、この場が設定されている日時が偶然でしょうが救急に関する大きな事件が起きた次の日とか、その次の次の日とか、あの都内の病院の事件も、その次の日にこの会議が設定されていたり。それで、きょうもそのような話です。私、朝、ニュースを見ていました。それで、長くなるといけませんが、とにかくきょうの話は賛成だと、まず、もう1回繰り返しますね。それから、これから申し上げることは兵庫県の事件の話ですけれども、それについて私がよく事実について知っているわけでもないし、担当者を責めるためにこれから話を申し上げるわけでもない。

もう一つ私がこれから申し上げる背景としては、私、別に厚生労働省の関係で、医療機関で事故が起きたときに、どうやって真相究明して再発防止につなげていくかに関する検討会に関係していることがあります。事故を教訓にして再発防止につなげていくというのがなかなか、それこそ制度づくりが難しくてというところに関与——関与というか、責任があるのですけれども、それと同じような話がありました。今回のきょうの朝、私がニュースとワイドショーで聞いた範囲のことなので、ここにおられる方は情報をそれこそもっておられる可能性がたくさんあると思いますけれども、とにかく何らかの、自転車と何とかの事故でしたか。兵庫県で交通事故が起き、それで、片方は明らかな重症だということでパッ

と3次救急病院に運ばれた。もう1人は見たところは大丈夫だったのでしょうか。とにかく後に回されて、それで14病院で拒否されて、最後に受け入れてくれたときには1時間以上たっていて、結局、その方は死亡されてしまった。これをどう見るかという話ですよね。

きょうの朝の私が聞いた話では、まず、途中でですが、こういう長い時間の中で、1時間以上の中で、3次救急病院、一番初めに運んだ病院が実はもう1人受け入れられるという連絡が来た。しかし、3次救急なものだから、これは重症者でないと運べないというので運ばなかったというのが1つあるのですね。それから、30分以上、とにかく運べない状態になった場合にはこの1市だけなのか、県全体なのか、あるいは全国なのかかわからないですけれども、重症者について30分以上運べない場合は通信指令室に救急隊のほうで連絡をして何とかしてくれ、我々も努力するけれどもという話にするのだけれども、これは重症者ではないという判断をしたものだから連絡をしていないのですね。

それで、テレビ報道によれば、今後はルールを変更して、通信指令室のほうで軽症であれ、何であれ、30分以上搬送の連絡が来ないという場合には独自に通信指令室のほうでも動くようにしますというようなルール変更の話までしている。すぐ明日からなのか、それともどうなのかということも私にはわかりません。まずこれだけの、ここの基礎的な私が理解した話というのが、すべての事実がどうかとも問題ですが、一応これらの情報を前提にして3点指摘したいことがあります。

まず1つは、これは今の話だけ聞くと、現場トリアージの失敗のように聞こえる。しかし、ここでは個別の事件について、それがどうだったのかというのを議論するような場でないと思いますから、これはまたこれで別の話でいいと思うのですけれども、そこで2点目としては、それが何であれ、検証していただきたいですよね。

そうすると、この10ページのところで記されている点でいうと、この救急搬送・受入とか、調査というのに多分、事後調査も入るのだろうし、左のほうでは処置等の事後検証の実施というのもずっと行われているし、どこかでやっていたのだろうということなのですが、そこで、きょう聞いたような重症者については30分以上たっても——いや、30分以上、とにかく運べない場合には現場から通信指令室へとにかく連絡をして、重症者なのに運ばませんということをやるというルールがあったのを変更した、あるいはこれから変更するというのは、まさにこのような、このメディカルコントロール協議会に乗せて変更するような話なのだろうか。これは具体例になるので、それこそ私もほんとと素人なので、ここが一体どういう役割を果たすかということですからけれども、それともそういう話はちょっとまた別で、メディカルコントロール協議会のレベルではなくて、も

っと下というのか、上というのか、別のところでやるような話ですよということなのかどうか。これが第2点ですね。

第1点については、さっき申しましたように、現場トリアージがどうであれというのは省略してもらって結構なのですけれども、3つ目として考えたのは、これは兵庫県、きょうの資料でも兵庫県はなかなか大都市圏ですから、表の中にありますよね。地図の中に、すぐには運べないような地域としてデータもきちんと出ていますよということを裏付けているような事例なのかもしれませんけれども、しかし、そういったってこのような事例が起きるのは兵庫県だけの話ではない。そうすると、そこで何らかの検証がなされたときに、兵庫県だけで何らかのルール変更とか、いろいろなことだけではなくて、それはどこかでそういうシステムがあるのだと思うのですけれども、全国の消防隊、あるいは救急隊のところへこの話が持っていかれて、お医者さんと救急隊と一緒にまさに連携による協議で検証した結果が生かされるような仕組みというのがさらにきちんとあるのでしょうかというのが第3点です。具体的な話を交えているので、かえって話がわかりにくくなって申しわけなかったかもしれないですが。

座長 事務局、いかがでしょうか、お話できるところだけでも。

事務局 この事案については、今、私どもと厚生労働省のほうで地元で状況の報告をいただいている段階なので、現段階では正確なことは申し上げられませんが。

委員 ええ。事実関係については特に気にしないでください。

事務局 今まで兵庫県については搬送困難事案が幾つか生じていたということを踏まえて、平成19年12月ですけれども、県のほうから各消防のほうに搬送困難な場合の対処ということで通知が出されていて、その中で1つは医療機関への交渉開始から30分経過した場合で、かつ患者さんがプレショック状態であった場合には県内の3次救命センター、特定機能病院に連絡、了承の上、直接搬送するというルールが決められています。それと、30分以上経過した場合で、今言ったような状況以外の場合であっても指令室と連携して病院を選定するということが県のほうで取り決めて通達がされています。

プレショック状態と判断する場合の具体的バイタル基準については、呼吸で言うと1分間に30回以上、または10回以下、脈拍1分間に120以上、血圧値が90以下、その他不整脈等、CPAに陥る危険性があると判断した場合というもの示されているのですけれども、その基準に従って先ほどの特別ルールが適用されるということを通知されています。今回の患者さんについては、そのバイタルの状況がその条件に合っていなかった。合っていなかったというのか、そういったプレショック状態ではないということで救急隊が判断したということのようです。その事実についてはですね。

今後、そういった事案を受けて、当然、県のほうで善後策を対応することになるとは思いますけれども、私どもが搬送ルールと言っている中に、救急隊が重症度・緊急度を的確に判断するルールもやはり必要、こういった事案があるので必要ですので、そういったルールの見直し事案に該当する——今回、該当すると思いますけれども、そういった事案も踏まえてルールをさらに改定していただくということも、今後、こういう仕組みができればやっていただくことになるとは思いますし、全国のそういった県の取り組みについてどうするかということですが、当然、そういった経験は他の地域でも生かすべきということだと思いますので、ちょうど12ページに国としての情報提供等の責務というものも仕組みに位置づけたいなと思っていますけれども、そういった地域の経験を生かして、国としても全国的に必要なものについては情報提供するというような対応も必要かと思っていますので、そういった仕組みも位置づけたいと思っています。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

それから、このような事例に関して事後検証等はどこでやっているのですかという質問に関しては、いかがでしょうか。当然、県でもやりますよね。そのほかに全国的なところというのは、全国MC協議会連絡会というのがありますけれども、いかがでしょうか。

事務局 地域MCでやるかどうかまだ決まっていないようですけれども、地域のそういった事案については、全国MC連絡会がありますので、そこでのご報告というようなことで他地域で参考にすることもあると思いますし、これはそういうもの、全国MCを使わずとも国としても情報提供が必要なものはしなければいけませんので、私どもと厚生労働省で、今、今回の事案についても調査しておりますので、その中で出てきたもの、必要な情報については国としてもそういった場で提供するということをしなければいけないと思います。

座 長 そのぐらいのところではよろしゅうございますか。全国MC協議会の連絡会では、いろいろな事例についても報告があります。例えば秋葉原のあの事例もMC協議会の連絡会で報告をしているわけですので、何かそういう教訓的なところはやれたらよろしいのではないのかなとは思っております。

委 員 先ほどからこの話なのですが、メディカルコントロールのいわゆるコアの部分、質の保証、これはルール化しなければいけないというのは、まさにそこにあると思うのです。今回、これがどうなるかといいますと、まず遺族の方から、救急活動記録を書いてありますね。当然、それは開示しないといけないのですけれども、こういう状態でしたというのを開示しますよね。次に、遺族から見て、その判断が正しかったかどうか、これが問題になってきますよね。それはどういう規定で何に基づいてやっているのですか、これをどうやって検証している

のですか。「いや、検証、何もしていません」、そんなことではいかんですよね。だから、これからやはりきちっとした検証もやって、きちっとした判断基準、もちろんあるのですけれども、これも法的にルール化して、そして検証結果については遺族の方に開示するということまで救急がやらんといかんと私は思いますけどね。

座 長 ありがとうございました。

少しまだきょうお話をいただいております委員の皆様、何かありましたらどうぞ。

委 員 私は発言しました。

座 長 では、委員、どうですか。よろしいですか。

委 員 いえ、特には。

座 長 よろしいですか。委員、どうぞ。

委 員 ちょっと戻ってしまいますけれども、仕組みづくりのところの話についてお話し致します。きょうのご議論を伺って、私、基本的には事務局のお考えには賛成でございまして、まずはできるところから対処していこうということで進めばプラスになることはおそらく間違いないであろうと私も期待いたしますので、その方向で進められればと思っております。ただ、この問題をこういう形で切り出して解決するということが果たして最適の選択であるかということになるとやはり問題が出てくる可能性があるのではないかという気がしているところです。

委員のお話は、おそらくその1つのあらわれを指摘されたのだろうと思っておりますけれども、マスコミでしばしば取り上げられる搬送のおくれの事案というのは、消防機関が確知した傷病者を搬送しようとして搬送できないというのも1つなのですが、診療所なり病院が他院に搬送しようとしてできないというのも、最近しばしば問題があると言われるところで、こういった場合に、このルールは機能しないということが私には気になるのです。

一般市民はそこまで情報を持っていない可能性はあるかもしれませんが、こういう仕組みができたということは、おそらく医療機関にはすぐに広まることだろうと思っておりますので、診療所の医師が転院搬送させようとして見つからないというときに、もうこれは消防に回してしまおうというように判断するという可能性は十分あり得るのではないかという気がしております。これは、消防と医療の連携の問題ではなく、医療機関同士の連携の問題であると言えます。最近、医療機関も、病診連携や病病連携といった形で他の診療所や病院などとの連携を少しずつやってきている部分はありますけれども、もともと医療機関というのは消防であれ、他の医療機関であれ、よそと連携するというのは大変不得手な組織でありまして、それが今までずっと続いてきた。それがおそらく問題の背景としてあるのではないかという気がしております。

ここで消防との間の連携をするというのは、これはこれで1つの解決ではあると思うのですけれども、消防は行政組織であり一体ですので、連携した結果は消防にはダイレクトに反映されると思います。ところが、医療機関側が一枚岩ではないのですね。そういったことで、事務局のほうからも努力義務しか課することができないというお話がありましたけれども、こういった部分も含めてやはり医療機関サイドの連携のあり方というのを本来は考える必要がある。それを踏まえてではないと、この問題は全般的な解決ができないだろうと思うのです。ところが、それは厚生労働省の問題であって、総務省がタッチできることではないということここでこういう切り分け方になっているのだろうと推測しております。

おそらく、ほんとうにメディカルコントロールの理念を実現するためには、本来の道筋としては医療法と消防法の枠組みを全部見直して「救急医療」という形で切り出すとか、そういった転院搬送などの場面も含めて複数の機関同士の患者のやりとりに関する問題をまとめるとか、これは医療と消防の両方にまたがることとなりますが、そのような形ですべて一元的な法制化という形で解決を考えるというようにせざるを得なくなってくるのではないかという気がしております。それがほんとうに可能なかどうかというのは、私は我が国の現状を踏まえますとあまり期待していないのですけれども、しかし、その辺をどこまでお考えなのかということぜひ事務局のほうからお聞きしたいと思っております。

座 長 ごめんなさい。この答えは厚生労働省のほうからの答えのほうがいいのではないのかなと思いますが。

委 員 今の問題に関してコメントを加えてよろしいですか。受け入れ側のルールの問題というのは、ここで示されているのは消防から来る受け入れのルールですが、委員が指摘された救急医療全体の話でいくと、ウォークインなどの受け入れも含めたルールを考えることができないかということなのですよ。この10ページの図で言いますと、3の救急搬送から4の救急医療の「受け入れ Yes/No」は「メディカルコントロール」の枠の中で終わっていますけれども、ほんとうはこの枠の外側にもウォークインの受け入れがあって、消防組織と救急医療だけでなく、そこには市民もかかわっていくので社会合意が要る。そんなことが将来像でしょうが、まずこの枠の中から動くことによって、この外側の受け入れの問題も見えてくるのでしょうか。

市民に対する理解、協力、各病院の連携などがありますが、まずは消防と一緒にのところを最初に一緒にやって、そこの中からじわっと外側にはみ出してくるようなものが目指すべきところなのかなと思います。ウォークインの受け入れを、例えば院内トリアージとして病院でやっているところはあるそうですが、例えば地域の大きなMCの中で、消防と連携の中でどうあるべきなどという話を議論していければ、次のステージが見えてくるのでしょうか。

今の段階で直ちに仕組み化をするのはかなり難しいのだろうけれども、目指している大きな意味でのMCが、あり得べく方向だろうし、そうなってくると、この枠の外側にいる市民もつながってくるのだろうというイメージを持っているのですけれども、どうなのでしょう。

座 長 いや、全くそのとおりだと思いますよ。ただ、この10ページのメディカルコントロールで覆われているこれは、救急車が現着して、そこから始まる流れだけなのです。もちろん、この外にはウォークインの皆さん、あるいはその他の皆さん、いろいろながあるので、これはそこだけを見ているというようにご了解いただきたいと思いますが——どうぞ。

委 員 厚生労働省では全くないので、念のため最初に念を押しますが、ただ、一応、地域医療ということで関連していろいろお話はさせていただいていますので、一部かわるかなと思う場所をお話ししますが、例えばこの都会型のマッチングに時間がかかるという話と全然違う文脈で話をすれば、医療資源が非常に乏しい同土でどうやるかといった場合には地域連携を医療機関の枠を超えてやる事例というのは、いろいろなところにあるのです。

それは例えば開業医である医師会員が公的病院の外来診療の場に座ってさばきをやるとか、いろいろなことをやっています。それから、電話相談事業も同じです。小児救急の場合に練達の小児科のドクターが自分のクリニックに座って患者を待つよりは、電話の前か、そのそばにいてもらって振り分けをやってもらったほうが非常に取り回しがいい。しかも、難渋した場合にはそのドクターがじかにそちらの病院に電話をして、おれがこう考えるのだから何とかしてくれないかというやり方をすると、それで通るという話もありまして、全く連携がなくなると言われると、それはそうではないのではないかなと。

あともう1点は、災害医療ということで考えれば、これは座長がお話したほうがいいのかもしれませんけれども、災害のときにはそういう地域の垣根は取っ払って、地元の医療のリソースと、それから、駆けつけた医療チームが相乗しながらやるという姿は大分日本でもこなれてきていると思います。ただ、何の課題があるかという、1つはやっぱり官民の身分の違いという問題がどこで解決できるかということがあるのです。例えば公的医療機関では、ドクターに多少余裕があるが、近隣地区の民間の医療機関ではリソースが足りなくなった。しからばこの時間帯とか、この科だけ何とか助けてくれないかという、それはなかなかそうはなりません。その逆も同じなのです。行政の長がこう言っているとか、議会がこうであるとか、そういう話になってきますと押し問答になったり、なかなか思うようにいかなかったりということも僕も経験もあります。

ですから、これは今が非常事態だ。災害に準じる大変な状態だと。経済も今そんな状態ですが、医療の現場だって、政策誘導がよくなかったために、今、救急

医療に非常に大きなしわ寄せが来ているということは現実だと思うのです。昔、「たらい回し」と言っていた言葉が今また復活して、もう使わないでいただきたいと何回も言っているのですが、ああいう言葉が復活している現状とは何かというと、その間にそういうのがあんまり問題にならない時期があったわけですよ。それなのに何だという思いが皆さんあって、それは非常にエモーショナルな反応になっていると思いますが、それはやっぱり医療のリソースが、ここまで減らしても大丈夫だろうと、医療費の抑制策が進められてきたのです。

1兆1,000億、5年間で減らせば世の中、非常によくなるのだという政策目標を立てた内閣、それを粛々と実行してきた政府があるわけですから、今になって、さあ、ドクターの数も減らした、減らしたのは医師が賛成したからだとおっしゃった総理大臣がいらっしゃいますが、しかれば、最初に政策を決めたときに、国会で座り込みをやったほうがよかったのだろうかとか、それはいろいろあります。だから、いろいろな場所でいろいろなことを常に話さなければいけないとは思っているのです。

でも、今、救急医療は危機的状況にある。この認識で何ができるかというのはやっぱり地方のレベルで十二分な話し合いをもう1回しなければいけないと思っています。公務員だからとか、ここは公的機関だから助けに来て困るという例が、実際に阪神・淡路大震災のときにあったという話を聞いていますから、その後、それは反省されてそういうことも言わないようにしようと施策が進められています。

座 長 ありがとうございます。

委 員 すみません、長くなりました。

座 長 ありがとうございました。いや、今の発言が委員の答えかどうか少し怪しいところはありますけれども、医師会、厚生労働省を代表してお答えいただきました。ありがとうございました。

委 員 違うって言っています。

座 長 そろそろ時間でございますが、いかがでございましょうか。この総論のところは委員の先生方、そのとおりだということで、総論については賛成をいただいたということにさせていただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。ありがとうございます。

そして、その具体的なところ、実施の具体的なものに関しては、まだまだ詰めなければいけないところがありますので、ぜひ作業部会のほうにお願いして実施要綱、実施基準、あるいは具体的なルールづくりをまずしていただいて、それをこの委員会で検討していただくという流れをつくっていきたいと思いますので、それから先のところは少しお時間をいただきたいと思います。

それでは、もう一つ、実は報告事項があります。それは資料2でございすけ

事務局 けれども、資料2をお開きいただき、事務局から説明を願いたいと思います。

座長 資料2でございますけれども、トリアージ作業部会が開催されまして、これについてはトリアージ作業部会長のほうからお願いできればと思います。よろしくお願いします。

トリアージ報告者 よろしく申し上げます。

では、時間も少ないので簡単にご説明したいと思います。トリアージ作業部会では2つのポイントについて検討してまいりました。1つは、後から追加で配付していただいた「119番通報時のトリアージの実証検証の結果」でございます。これは4つの消防本部におきまして昨年、一昨年とやってきたことをより精度を高めるということで、特に心停止をきちっと早期に見つけて口頭指導、あるいはPA連携等を行うため、実際、どのくらいの精度が出るのかというようなことの検討を行ってまいりました。

結論的に言いますと、通報の第一報で明らかに心停止と思われるものについては、この半ペラの中の1aという部分ですけれども、それから、そのほかに通報の向こうから意識があるかどうか、あるいは呼吸をしているかどうかということ聞き出して心停止の判断ができるものが1bというものになります。大体80%ぐらいのものはここで拾えてくるということ。そして、大体その的中率というのが10%台であるということがわかってまいりました。これが今後、次に述べる制度設計を考えるとどのくらいの率でこのPA連携を出さなければいけないのかというようなことの基礎的な数字になってくると思います。

もう一つ、制度設計のほうに関しましては、現在、結局、今一番、時間が少しでもおくれる、救急隊の到着がおくれると救命の可能性が少なくなるというものについては、この心肺停止になるような傷病者であるということは間違いがないわけですけれども、この資料2のもとと組んであるほうの最後のページ、これが1月21日に総務省から発表いただいた過去3年間のウツタインのデータなのですけれども、このデータを見ますと、心停止の発生と思われる時間から心肺蘇生を救急隊員が開始するまでが10分までのところが何とか社会復帰率がいいわけです。6%以上あるわけですけれども、10分を超えると非常に悪くなる。逆に言うと、この10分を超えるような地域というのを極力減らしていけば具体的な獲得目標として今の社会復帰率をもっと上げられるのではないかと。そのためにはどうしたらいいかということによって制度設計を1つ考えました。

2枚目をめくっていただくと、これはある市におきまして、ある消防本部におきまして具体的にその中の人口の分布、それから、救急隊の分布、そしてある実際の日に発生した救急事例をもとにして見ていきますと、このように真ん中に14分以上かかるという空白地帯が存在する。こういうようなところで起きたものがやはり予後が悪くなるだろうということで、これをその救急の件数が多い時間

帯に救急隊を移動していく、これはそこにある消防署で対応するのか、あるいはそこに遊撃隊員が行くのか、そういうようなことによって、少なくともPA連携のポンプ車は必ず10分以内にAEDを持って駆けつけることができる。

そして、そこから4分後、つまり、CPRを2サイクルするまでには救急救命士が到着できるような、それを1つの目標としてきちっとしたトライアージを行い、そしてそれを行っていけば、この救命率の向上がかなり期待できるのではないかとということで、実際にこのような患者の発生状況から見た、この運用というもの在今后向きにやっていくというのが、事によって実際救命率を上げる、アウトカムを出すということが非常に重要ではないかということがトライアージ部会では検討されました。

以上です。

座 長 ありがとうございます。非常にきれいなデータをいただきまして、ありがとうございます。

何かご質問がありましたらお願いしたいと思いますが、よろしゅうございますか。ありがとうございます。それでは、トライアージ作業部会のほうもまたよろしくお願いしたいと思います。

以上で本日の議事はすべて終わりましたけれども、資料3、あるいは添付資料がありますけれども、事務局、これはどのようにいたしますか。

事務局 では、ごく簡単にご説明させていただきます。資料3でございますけれども、これは平成19年中の出場件数については、先般、確定値ということで発表させていただきましたけれども、平成20年についてはかなりの地域で救急出場が減少しているのではないかというお話を我々が各本部とお話ししてお聞きしております。今般、例年やっておりますけれども、速報値ということで20年中の出場件数、搬送人員につきましてご報告をいただきました。

1ページでございます。数字が細かくて恐縮ですが、全国で言いますと、左上ですけれども、出場件数は3.6%のマイナス、搬送人員が4.5%のマイナスということになっております。ごくアンケート的にお聞きしたので、これが理由なのかということとは正確ではありませんけれども、特に減っている団体が多かったもので、右下になりますけれども、出場件数が減少した本部におきます減少した要因と思われる項目ということで回答いただきましたところ、比率的にはやはり救急車の適正利用等の広報活動を広げてきたことのご理解がかなり浸透しているのではないかというようなことを感じている本部が多かったということでございます。

以下、県別のものがずっと続いてございまして、この資料の6ページに過去の推移ということでございます。平成17年に一度ピークがありまして、18年に減少いたしました、19年が出場件数について見ますと過去最高ということで

529万件ございました。今回の20年の速報値で言いますと、510万件ということで、出場、搬送ともにマイナスということでございますが、これがどのように定着していくのかということは、今後推移を見なければわからないということだと思います。

7ページが全国平均の減少率を上回っているところを赤に示しております。ちょうど大都市部において政令市があるような地域の減少率が高いという数値になっております。そういったことがありまして、8ページですけれども、大都市、政令市及び東京消防庁管内の数字を見ますと、出場件数が4.8%のマイナス、搬送人員が5.8%のマイナスということになっております。

資料3は以上でございます。

もう一つ、資料番号がない縦紙の公立病院に関する財政措置の改正要綱という資料が一連の資料の一番下に入っていると思いますけれども、表紙が今の表題になってございます。これについては委員にも総務省の財政局の検討会にもご参画いただきまして、ご指導いただいたわけですが、私ども同じ総務省の中で、自治財政局の中で公立病院に対する財政措置について検討を行ってまいりました。昨年暮れに発表したものでございますけれども、公立病院の中の特に過疎地、産科、小児科、救急医療には重点的に財政措置を充実するという方向で対策を打ち出しております。

上から2行目にあります交付税で申しますと、昨年の2,900億の措置額を700億円ほど増額いたしまして3,600億円程度にするということでございますが、これは税収減の中で来年度交付税総額が非常に減少する見込みの中で総理の指示がありまして、1兆円上乗せということがあったわけですが、その結果、交付税全体としては4,000億円ほど来年増えるわけですが、そのうちの700億円は公立病院の財政に充てるということで、かなり重点的な措置を行ったということでございます。

具体的には細かいのですが、1枚目ですと2.のところに周産期、小児、救急について、それぞれ単価を四、五割増すというような形で大幅な単価改定のプラスを行っているということでございます。

それと、3.に経営形態多様化を踏まえた財政措置ということでございますが、後ろに細かい資料、補足のあれがありまして、その3ページというのをを開きいただきますとありがたいのですが、3ページの3.の(1)の①ということで、従来、財政措置の対象にしていたのが、いわゆる自治体病院以外に公的医療機関ということで日赤、済生会、厚生連等が入っていたわけですが、今回、地域において公的機能を同等に果たしている病院ということで、民法法人、社団法人、財団法人等についても対象とするということで、対象の拡大が行われているということでございますけれども、これらを含めて公立病院等に対する財政、

救急医療等の充実を図ったということでございまして、これについてはご報告ということでございます。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

いかがでございましょうか。もう時間が少し過ぎてしまっておりますので、ご質問がなければこれにて終了させていただいておきたいと思いますが、よろしゅうございますか。ありがとうございました。

それでは、これにてすべての議事を終了させていただきたいと思います。マイクを事務局のほうにお返しいたします。

事務局 長時間にわたりまして活発なご審議、ご意見、ありがとうございました。次回、第6回目の検討会につきましては、また皆様方の予定をお聞きしながらご連絡差し上げたいと思います。よろしくお願い申し上げます。

以上で第5回救急業務高度化推進検討会を終了させていただきます。ありがとうございました。

座 長 ありがとうございました。

— 了 —